

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA

**FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO
PRETERMINO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL DE APOYO II - 2 SULLANA – PIURA
JULIO - DICIEMBRE 2016**

AUTOR
MANUEL ALEJANDRO TALLEDO FLORES

PIURA – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



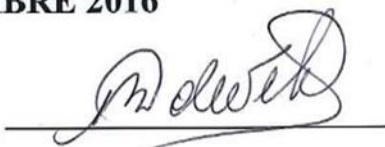
TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA

FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO
PRETERMINO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL DE APOYO II - 2 SULLANA – PIURA

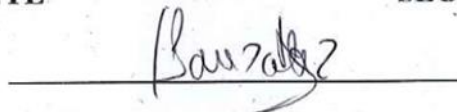
JULIO - DICIEMBRE 2016


Mg. EDA LESCOANO ALBAN

PRESIDENTE


Dra. BLANCA ABAD QUIROGA

SECRETARIA


Mg. CAROLINA GONZALEZ RAMIREZ
VOCAL

PIURA – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA

**FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO
PRETERMINO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL DE APOYO II - 2 SULLANA – PIURA
JULIO - DICIEMBRE 2016**

Una firma manuscrita en tinta negra, que parece ser "M. Talledo", sobre una línea horizontal.

**TALLEDO FLORES
MANUEL ALEJANDRO
AUTOR**

Una firma manuscrita en tinta negra, que parece ser "Oscar Medrano", sobre una línea horizontal.

**Mg Oscar Medrano Velásquez
ASESOR**

PIURA – PERÚ

2018



ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

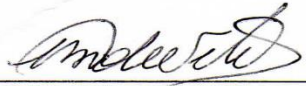
Los Miembros del Jurado Calificador que suscriben, reunidos para calificar el Proyecto de Tesis del Sr. **MANUEL ALEJANDRO TALLEDO FLORES** denominado **"FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA PIURA – JULIO DICIEMBRE 2016"**. Lo declaran:

Aprobado

En consecuencia, queda en condiciones de ser calificada APTA por el Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Piura, y recibir el **TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERIA**, de conformidad con el Art. 171 del Estatuto de la Universidad Nacional de Piura.

Piura, 25 de abril del 2018


MG. EDA IESCANO ALBAN
PRESIDENTE


DRA. BLANCA ABAD QUIROGA
SECRETARIA


MG. CAROLINA GONZALES RAMIREZ
VOCAL

DEDICATORIA

*Mi tesis la dedico al ser que me dio la vida,
Tú mi Dios, que a cada momento de mi existencia
Tú, que me has enseñado a vivir con
Esfuerzo, Amor y Entrega.*

¡GRACIAS POR GUIAR MIS PASOS!

*A mis padres: Antonio y Sara, que me dieron la
oportunidad de nacer y crecer con ellos, los cuales
me han enseñado a valorar cada instante de mi vida,
me han educado con sabiduría, y sobre todo han
luchado con esmero, sacrificando horas de sueño y
recreación con la finalidad de brindarme una
educación de calidad. Tengan la plena seguridad que
no los defraudare nunca.*

¡LOS AMO Y GRACIAS POR SU

¡SACRIFICIO!

*A mis hermanos: Jorge Javier, Sara Marleny y
Kevin Elton que me han brindado su apoyo
siempre y con los cuales hemos pasado varias
alegrías y tristezas, gracias por estar a mi lado.*

¡LOS QUIERO MUCHO!

*A mi padrino Pedro, aunque ya no está con
nosotros por sus palabras de aliento a cada momento.*

¡MUCHAS GRACIAS!

AGRADECIMIENTO

- A mi asesor Mg Oscar Medrano Velásquez por su amistad, sus consejos, y ayuda desinteresada en la realización de la presente investigación.
- A mi Jurado: Mg. Eda Lescano Albán, Dra. Blanca Abad Quiroga, Mg Carolina González Ramírez, por sus consejos y apoyo brindado en la corrección de la presente investigación.
- A mi asesor estadístico Lenin abanto Cerna, por su orientación brindada en la realización de la presente investigación.
- A los miembros que forman parte de la escuela académico profesional de enfermería, muchas gracias por la educación holística brindada, la cual será para desempeño de mi vida laboral.
- A mis tíos: Rosa, Margot, Juana y Manolo, gracias por todo el apoyo brindado y por sus sabios consejos.
- A mis abuelitos: Ramos y Belisario, y a mi sobrinita, Anita, que me cuidan y protegen desde el cielo.
- A mis grandes amigos: Isaac, Lucho, Oscar, Diana, y Flor, gracias por estar a mi lado, por compartir diferentes vivencias conmigo y sobre todo por enseñarme el verdadero significado de la amistad.

¡MUCHAS GRACIAS A TODOS!

RESUMEN

La presente investigación se llevó a cabo en el Servicio de Obstetricia del Hospital de Sullana durante el año 2018. Tuvo el objetivo de determinar los factores de riesgo materno asociados a la prematuridad. Corresponde a un estudio analítico de casos y controles, retrospectivo. Se analizaron 90 HC de gestantes correspondientes a casos, y 90 correspondientes a Controles, cuyos partos ocurrieron entre Julio a Diciembre del año 2016. Los resultados muestran que, en cuanto a factores preconcepcionales, ninguno de ellos demostró estar asociados a la prematuridad. Las cifras evidenciadas tanto para edad adolescente, antecedentes de amenaza de parto pretérmino, antecedentes maternos de aborto, y antecedentes de ITU pregestacional, reflejan ligeramente un mayor predominio en pacientes diagnosticadas como parto pretérmino, respecto a las de parto normal, no estableciéndose diferencias significativas (Sig. >0.05). En cuanto a factores concepcionales, y específicamente a control prenatal inadecuado, la prueba estadística indica que las cifras en ambos grupos difieren de manera significativa (Sig. <0.05), por lo que se determina asociación entre ambas variables. Las cifras correspondientes a infección urinaria, y vaginosis bacteriana no difieren en forma significativa (Sig. >0.05); Sin embargo, la corioamnionitis, demostró ser otro factor asociado, las cifras difieren en forma significativa (Sig. <0.05). Conclusión: De manera general, y a través de la regresión logística se confirma que el control prenatal inadecuado y la corioamnionitis, se constituyen en factores de riesgo concepcionales, asociados al parto pretérmino. El control prenatal inadecuado tiene un OR=2.02 (IC: 1.09, 3.74), En el caso de la Corioamnionitis, el OR= 2.07 (IC: 1.09, 4.2).

Palabras Clave: Factores de Riesgo Maternos Preconcepcionales, Factores de Riesgo Maternos Concepcionales, Prematuridad.

ABSTRACT

This research was carried out in the obstetrics service of the Sullana Hospital during the year 2018. It was aimed at determining maternal risk factors associated with prematurity. It corresponds to an analytical study of retrospective cases and controls. We analyzed 90 HC of pregnant women corresponding to cases, and 90 corresponding to controls, whose births occurred between July to December of the year 2016. The results show that, in terms of preconceptional factors, none of them proved to be associated with prematurity. The figures evidenced for both adolescent age, preterm birth threat history, maternal abortion history, and pregestational ITU history, slightly reflect a greater prevalence in patients diagnosed as preterm delivery. With respect to normal childbirth, no significant differences were established (Sig. > 0.05). In terms of conceptional factors, and specifically inadequate prenatal control, the statistical test indicates that the figures in both groups differ significantly (Sig. < 0.05). The numbers corresponding to urinary tract infection and bacterial vaginosis do not differ significantly (Sig. > 0.05); However, the Chorioamnionitis, proved to be another associated factor, the figures differ significantly (Sig. < 0.05).

Conclusion: In general, and through logistic regression confirms that inadequate prenatal control and chorioamnionitis, is They constitute a conceptional risk factor associated with preterm birth. Inadequate prenatal control has an OR = 2.02 (CI: 1.09, 3.74), in the case of chorioamnionitis, the OR = 2.07 (CI: 1.09, 4.2).

Keywords: preconceptional maternal risk factors, conceptional maternal risk factors, prematurity.

INDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCION	11
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	13
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.3.1.OBJETIVO GENERAL	16
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO DEL PROBLEMA.....	17
1.5. LIMITACION Y VIABILIDAD DEL ESTUDIO	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	19
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	19
2.2. BASES TEÓRICAS Y DEFINICIONES CONCEPTUALES	22
2.3. DEFINICIONES DE TERMINOS BASICOS	32
2.4. FORMULACION DE HIPOTESIS.....	34
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	35
3.1. TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	35
3.3. VARIABLES.....	37
3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	38
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	39
3.6. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	39
3.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	40
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	42
4.1. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.....	42
4.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS	45

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	47
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES.....	51
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES.....	51
BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS.....	54

ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla N° 01: Factores de riesgo maternos preconceptionales asociados al parto pretérmino en el en el servicio de obstetricia del Hospital de Apoyo II - 2 Sullana – Piura Julio - Diciembre 2016	42
Gráfico N° 01: Factores de riesgo maternos preconceptionales asociados al parto pretérmino en el en el servicio de obstetricia del Hospital de Apoyo II - 2 Sullana – Piura Julio - Diciembre 2016	42
Tabla N° 02: Factores de riesgo maternos conceptionales asociados al parto pretérmino en el en el servicio de obstétrica del Hospital de Apoyo II - 2 Sullana – Piura Julio – Diciembre 2016	43
Gráfico N° 2: Factores de riesgo maternos conceptionales asociados al parto pretérmino en el en el servicio de obstétrica del Hospital de Apoyo II - 2 Sullana – Piura Julio – Diciembre 2016	43
Tabla N° 03: Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del hospital de Apoyo II - 2 Sullana - Piura Julio - Diciembre 2016, confirmados mediante la regresión logística.	44

INTRODUCCION

El Parto Pretérmino, es el nacimiento de un producto con edad gestacional comprendido entre las 22 y <37 semanas de gestación por inicio de la labor de parto con dinámica uterina, cambios morfológicos y dilatación del cuello uterino que no cede al manejo médico.

En el ámbito mundial y nacional se ha incrementado la prematuridad, siendo la principal causa de morbilidad perinatal, recientes estudios longitudinales demuestran que el seguimiento hasta los primeros cinco años de estos prematuros ha permitido observar, déficit sensorial, parálisis cerebral, problemas de aprendizaje, así como enfermedades respiratorias en comparación con los niños nacidos a término. (OMS 2008).

En nuestro país, Según la OMS, durante el 2015, señala, que 9 de cada 10 mujeres concluyeron su embarazo con una edad gestacional de 37 semanas a más, el 6% de los nacidos vivos lo hicieron entre las semanas 32 a 36 y el 1% entre las semanas 27 a 31, y mueren al año alrededor de 12,400 recién nacidos prematuros (OMS 2015).

Al analizar esta prematuridad en las regiones, se observa que, el mayor porcentaje de prematuros se encuentran entre aquellos que nacen entre las 32 y 36 semanas de gestación, es decir que son viables.

La literatura médica ha identificado factores de riesgo como factores maternos preconcepcionales y concepcionales, factores fetales y factores placentarios (MERK, 2008), desde esta perspectiva se planteó la necesidad de desarrollar el presente estudio que aborde los factores de riesgo preconcepcionales y concepcionales asociados a la prematuridad.

El presente trabajo, acorde a las normas institucionales vigentes, se ha estructurado en siete capítulos, bibliografía y anexos.

En el Primer Capítulo se ubica al Problema de Investigación la formulación del problema, objetivos, justificación y alcances, y limitaciones.

El Segundo Capítulo corresponde al Marco Teórico, que abarca los antecedentes, base teórica y definición de términos básicos.

El Tercer Capítulo, corresponde a la metodología de la investigación: Tipo de investigación, diseño, población y muestra, técnica e instrumentos. El cuarto Capítulo, está dedicado a los resultados de la investigación, su descripción y análisis.

El quinto capítulo corresponde a la Discusión de los resultados. El Sexto y Séptimo capítulo corresponden a las Conclusiones y Recomendaciones, respectivamente.

A continuación, se ubican las referencias bibliográficas y finalmente los Anexos.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática.

A pesar de que la prematuridad es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal en el mundo, se conoce poco respecto a su etiopatogenia y a los factores que la favorecen. Los niños que nacen prematuramente tienen mayores tasas de morbilidad que se pueden evidenciar en el periodo neonatal y durante la lactancia, los que determinan un bajo nivel de vida y favorece la mortalidad infantil dentro del primer año de vida, pero recientes estudios longitudinales demuestran que el seguimiento hasta los primeros cinco años de estos prematuros, ha permitido observar una mayor tasa de déficit sensoriales, parálisis cerebral, problemas de aprendizaje y enfermedades respiratorias en comparación con los niños nacidos a término. (OMS 2008)

Según datos de la Organización Mundial de la Salud cerca de 15 millones de niños nacen cada año antes de las 37 semanas de gestación, y mueren 1,1 millones de prematuros en el mundo. Su frecuencia varía del 5 al 11% en las regiones desarrolladas y hasta el 40% en algunas regiones muy pobres. La incidencia es del 10,6% en América del Norte, 6,4% en Oceanía y 6,2% en Europa. En España, la tasa de prematuridad que se reporta es del 9,5-10% del total de nacimientos prematuros. En Chile, la tasa de partos prematuros se encuentra entre el 5-6%, En México su incidencia es de 5 a 10% de todos los embarazos y constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal. En Uruguay las cifras de prematuridad oscilan entre el 6 y el 15%, la mayoría tienen relación con ciertos determinantes sociales presentes en la salud de la madre durante la gestación. (OMS 2015)

En nuestro país, Según la OMS, durante el 2015, señala, que 9 de cada 10 mujeres concluyeron su embarazo con una edad gestacional de 37 semanas

a más, el 6% de los nacidos vivos lo hicieron entre las semanas 32 a 36 y el 1% entre las semanas 27 a 31, y mueren al año alrededor de 12,400 recién nacidos prematuros (OMS 2015)

En Lima aproximadamente el 9,4% de los RN ocurren antes de las 37 semanas. En las regiones se observa el mismo comportamiento, a nivel nacional, más del 90% de los nacimientos se dieron a partir de la semana 37, mientras que el mayor porcentaje de nacidos vivos entre las semanas 32- 36 se encuentran en la región Loreto (7,2%) y las regiones de Piura, La Libertad, Tumbes, Lambayeque, Cajamarca, Callao, San Martín, Ucayali y Apurímac, presentan porcentajes alrededor del 6%. Por otro lado, el 1,2% de los nacidos vivos en la región Piura presentaron una edad gestacional menor a las 31 semanas, asimismo, el 1,1% de los nacidos vivos en La Libertad, Tumbes, Ancash y Lambayeque y el 1% de los nacidos en las regiones de Tacna, Junín y Callao. Con porcentajes menores al 1% se produjeron los nacimientos de neonatos prematuros con menos de 31 semanas de gestación. (MINSA, 2015)

En función de la edad gestacional, de los 27 mil nacidos vivos durante el 2015, con una edad gestacional menor a las 37 semanas, el 4,2% nació inmaduro, es decir, con menos de 28 semanas de gestación, mientras que el 9% nació muy prematuro (entre las 28 a 31 semanas de gestación). El mayor porcentaje de recién nacidos pretérmino se encuentra dentro del grupo de los prematuros moderado a tardío (86,8%), es decir que nacieron entre las 32 a 36 semanas de gestación. (MINSA, 2015)

Al analizar la prematuridad en las regiones, se observa que, el mayor porcentaje de prematuros se encuentran entre aquellos que nacen entre las 32 y 36 semanas de gestación, es decir que son viables. Más del 83% de los prematuros, en todas las regiones, nacen con 32 a más semanas de gestación. Por otro lado, las regiones de Ayacucho (12,7%), Junín (12,2%), Tacna

(12,2%), Ancash (11,9%), Piura (10,6%) y Arequipa (10,3%) presentan los más altos porcentajes de nacidos muy prematuros, mientras que Amazonas (6%) presenta el más alto porcentaje de nacimientos de prematuros extremos.

En Piura, y particularmente en el hospital de Sullana, se cuenta con el servicio de obstetricia con una infraestructura para la atención de recién nacidos de alta, mediana y baja complejidad, dando cobertura a toda la población adscrita; cada mes nacen al alrededor de 250 niños de los cuales el 12% a 14% recién nacidos son prematuros.

El comportamiento epidemiológico, en el ámbito local muestra una tendencia de crecimiento, así pues, se puede observar cuando comparamos, durante el año 2014, en el cual de 3658 partos el 9,95% (364) correspondieron a partos pretérmino, en el año 2015, de 3650 partos de los cuales el 10.66% (389) correspondieron a partos pretérmino, durante el año 2016, han ocurrido 3536 partos de los cuales el 12,5% (442) corresponden a partos pretérminos.

La literatura médica ha identificado factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino, las cuales han sido clasificadas como factores maternos preconcepcionales y concepcionales, factores fetales y factores placentarios (MERK, 2008)

El presente estudio investigará de forma específica algunos factores de riesgo maternos que se asocian con el parto pretérmino diagnosticados y documentados en el hospital de apoyo de Sullana durante el segundo semestre del año 2016.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores de riesgo maternos asociados a la prematuridad en el servicio de obstetricia del Hospital de Sullana - Piura Julio - Diciembre 2016?

1.3. Objetivos

1.3.1. General

Determinar los factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital de Apoyo II - 2 Sullana - Piura Julio - Diciembre 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar los factores de riesgo maternos preconceptionales asociados al parto pretérmino en el en el servicio de obstetricia del Hospital de Apoyo II - 2 Sullana – Piura Julio - Diciembre 2016
2. Identificar los factores de riesgo maternos conceptionales asociados al parto pretérmino en el en el servicio de obstétrica del Hospital de Apoyo II - 2 Sullana – Piura Julio – Diciembre 2016.

1.4. Justificación del estudio del problema.

La prematuridad es la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal en países desarrollados, así como en vías de desarrollo, además es responsable de la mayor parte de muertes en recién nacidos sin malformaciones y de la mitad de las discapacidades neurológicas congénitas.

El parto pretérmino, en nuestro país es aún un reto para los servicios de ginecoobstetricia, en el que los miembros del equipo de salud tienen la oportunidad de intervenir oportunamente para evitar su progresión hacia el parto, con los riesgos y complicaciones que implican tanto para la madre como para el producto, por lo que, toda investigación en este tema está plenamente justificado y remarca su importancia; es así que las acciones definitivas al cuidado materno, se identifican los factores derivados y correspondientes para brindarles y prestarles la atención necesaria.

La prevención de las complicaciones y las muertes debidas al parto pretérmino, durante el embarazo y entre embarazos garantiza que la gestación sea una experiencia positiva para todas las mujeres, además del gran impacto social y económico que representa a nivel de las familias y la sociedad en general, teniendo en cuenta que la muerte de un neonato sea por la causa que fuera implica un mayor número de años de vida potencialmente pedidos, (AVPP), considerando que este indicador ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros

La determinación de los factores de riesgo de prematuridad constituye el primer paso para su prevención en una población determinada, como una primera aproximación a la solución del problema, aun cuando no se pueden

modificar todos los factores habría algunos susceptibles de ello, a través de la búsqueda y consecución de medidas para el control de tales factores

1.5. Limitación y viabilidad del estudio

Limitaciones del estudio por el diseño retrospectivo del estudio, la fuente de información primaria serán las historias clínicas de los pacientes con parto pretérmino y a término que fueron atendidos durante los meses de Julio – Diciembre 2016, por lo tanto, la limitación y 1 viabilidad para el estudio será la calidad de las historias clínicas respecto a si contiene toda la información requerida, claridad en las descripciones de las notas médicas, documentación de exámenes pedidos, diagnósticos precisos con sustento clínico – laboratorio confirmando los hallazgos clínicos.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

De la revisión efectuada, se encontraron diversas investigaciones relacionados con factores de riesgo de diferente orden que condicionan un aumento en la incidencia de recién nacidos prematuros, dentro de los cuales destacan los siguientes:

Ámbito Internacional

En el año 2016, Mendoza L, Colombia. Llevo a cabo un estudio sobre epidemiología de la prematuridad y sus determinantes, en una población de mujeres adolescentes y adultas en Colombia, hicieron una revisión respecto a 11.881 neonatos, mujeres adolescentes y adultas; se determinó una prevalencia de prematuridad de 11,4%., y como determinantes asociados a prematuridad, la etnia indígena-afrocolombiana o mulato, número de controles prenatales igual o inferior a 6, periodo intergenésico inferior a 2 años, embarazo múltiple, pre eclampsia, oligohidramnios, restricción del crecimiento intrauterino y hemorragia del tercer trimestre (incluye desprendimiento prematuro de placenta). (Mendoza LA & Claros B, DI 2016).

Quiñónez Zambrano L. (2016) Ecuador, llevo a cabo una investigación en la ciudad de Esmeraldas, en el hospital Juan Carlos Guasti, con la finalidad de determinar los factores de riesgo más importantes que desencadenan partos prematuros en embarazadas de 15 a 35 años. Se revisaron Historias clínicas y realizaron encuestas a 100 pacientes seleccionadas con diagnóstico de APP, destacando el grupo etario comprendido entre los 22-25 años con un 28%; en relación al estado civil el 67% viven en unión estable, en un 74% son amas de casa, el 10% sufren algún tipo de violencia en sus hogares, presentando complicaciones en su embarazo el 44% entre las 28-32 semanas de gestación y

se realizaron más de 5 controles prenatales un 36%, logrando determinar que las causas que con mayor frecuencia de casos fueron: las infecciones de vías urinarias con un porcentaje de 37%, según los resultados obtenidos entre otros.(Quiñónez Zambrano L 2016).

En el año 2015, Balladares F, Ecuador. Llevó a cabo un estudio sobre factores de riesgo del parto pretérmino en pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, tomó como universo a 301 casos de parto pretérmino en el área de ginecología y obstetricia, durante el período comprendido entre el 1 de Enero del 2010 al 31 de Diciembre del 2014, obteniendo los siguientes resultados: El 38,5 % de casos corresponde a pacientes entre los 21 a 28 años. Los partos prematuros moderados a tardíos fueron los más frecuentes (67.4 %). En cuanto a los factores de riesgo estudiados, un 33,2% de pacientes presentaron anemia, 39,5 % presentaron infección del tracto urinario y un 12,6 % presentaron vaginosis bacteriana durante su gestación. (Balladares Tapia FP 2015).

Ámbito Nacional

Hinostroza Bocanegra, K., (2017) Lima, en su estudio sobre factores clínicos asociados a la amenaza de parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco– obstetricia, hospital de Baja Complejidad Vitarte (Lima-Perú), hizo una revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de amenaza de parto Pretérmino. Se analizaron 100 historias clínicas, se dividieron en dos grupos, un grupo estuvo constituido por 50 gestantes con gestaciones Pretérmino-expuestas a los factores de riesgo y que desarrollaron amenaza de parto Pretérmino y el otro estuvo constituido por 50 gestantes con gestación Pretérmino expuestas a los factores de riesgo pero que no desarrollaron amenaza de parto Pretérmino, concluyendo que los principales factores de riesgo para desarrollar amenaza de parto Pretérmino fueron edad materna

mayor de 19 años, presencia de Infección del tracto urinario y presencia de hemorragia de la segunda mitad del embarazo (Hinostroza Bocanegra, KA. 2017)

Guillen G (2014) Lima, llevo a cabo un estudio, con el objetivo de conocer los factores maternos asociados al parto pretérmino en el hospital nacional Alberto Sabogal Sologuren, hicieron una revisión de 127 pacientes de las cuales el 39,4% (50) presentaron parto pretérmino y el 60,6% (77) no presentaron parto pretérmino. Entre los principales resultados se señala que la media de la edad de los casos fue de $28,7 \pm 7,2$ años y de los controles de $26,5 \pm 5,6$ años, siendo la mínima edad de 15 años y la máxima de 40 años. Hubo una mayor frecuencia de pacientes mayores de 35 años en los casos, siendo esta relación estadísticamente significativa. Todas las pacientes controles tuvieron edad gestacional mayor de 37 semanas y de los casos la mayor frecuencia de edad gestacional se ubicó entre las 35 a 37 semanas (64%). La patología materna infecciosa de mayor frecuencia fue la vulvovaginitis (32%), seguido de infecciones urinarias (28%). En relación a la patología materna metabólica en los casos hubo una mayor frecuencia de diabetes (14%). Se concluye que los factores maternos de características infecciosas asociados con parto pre término fueron: infección urinaria, vulvovaginitis, corioamnionitis. . (Guillén G, JJ. 2014)

Cruz T. (2014) Lima, se propuso estudiar los factores de riesgo maternos del parto pretérmino en el hospital Nacional Santa Rosa de Lima mediante el método de casos y controles, revisando las historias clínicas de los mismos. Los factores de riesgo maternos pregestacionales significativos fueron: nivel socioeconómico bajo, antecedentes de parto pretérmino y antecedentes maternos de infección urinaria pregestacional. Los factores de riesgo maternos gestacionales significativos fueron: control prenatal inadecuado e infección urinaria Se concluye que los factores de riesgo materno fueron: antecedente de

parto pretérmino, el antecedente de infección urinaria pregestacional y control prenatal inadecuado. (Cruz T, MC 2014)

Carpio F. (2013) Lambayeque. Llevó a cabo un estudio en el hospital regional de Lambayeque, con el objetivo de determinar los factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto pretérmino. Corresponde a un estudio retrospectivo, transversal, de casos y controles. Se formaron dos grupos: Grupo Casos (35 partos pretérmino) y Grupo Control (35 partos a término). El antecedente de parto pretérmino, control prenatal, el desprendimiento prematuro de placenta, la vaginosis bacteriana y la infección de vías urinarias, se asociaron al desarrollo de parto pre término. Se concluyó que el antecedente de parto pretérmino, el inadecuado control prenatal, el desprendimiento prematuro de placenta, la vaginosis bacteriana y la infección de vías urinarias son factores de riesgo asociados al desarrollo de parto pretérmino. (Carpio Panta F. 2013).

2.2. Bases Teóricas

La prematuridad es la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal en países desarrollados. Tiene una tasa de 11% en Estados Unidos y de 5 a 7% en Europa, y es responsable de 60 a 80% de las muertes neonatales de recién nacidos sin malformaciones y de cerca del 50% de las discapacidades neurológicas congénitas (Mendoza 2016)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que, a nivel mundial, el 84% de los partos pretérmino se produjo cuando la gestación fluctuaba entre las 32 a 36 semanas, el 10% se produjo entre las 28 a 32 semanas y 5% ocurrieron en edades gestacionales menores a 28 semanas (OMS 2017).

El incremento de partos pretérminos experimentado durante la última década puede explicarse, en parte, por el número cada vez mayor de nacimientos prematuros iatrogénicos, la resucitación cada vez más agresiva de recién nacidos muy prematuros, el aumento de la edad materna y el incremento de los índices de aplicación de tecnologías de reproducción asistida (TRA) y de gestaciones múltiples relacionadas con el uso de estas tecnologías. Además, los embarazos simples de mujeres que recurren a la fertilización in vitro presentan un mayor riesgo de nacimiento prematuro (Mendoza 2016)

Se estima que cada año se producen alrededor de 15 millones de nacimientos prematuros en el mundo, afectando entre 5 y 10% de los nacimientos con un comportamiento diferente para cada país; en los países más pobres el índice de nacimientos prematuros ha llegado a alcanzar hasta un 40 %; convirtiéndose un grave problema por la gran morbilidad y mortalidad que generan, además, de los elevados costos económicos y sociales que ocasiona su atención. (USAID 2010)

La prematurez puede ser electiva o espontánea, la electiva o gestación interrumpida secundaria a complicaciones maternas (placenta previa, desprendimiento de placenta, preeclampsia, etc.) o fetales (restricción del crecimiento o sufrimiento fetal) corresponde a 25% de los nacimientos prematuros. La espontánea corresponde a 75% de los casos de trabajo de parto prematuro, de origen multifactorial o desconocido (Carpio 2013).

Las contracciones uterinas son la condición sinequanon del parto, pero las contracciones irregulares leves son un hallazgo normal en todas las etapas del embarazo, aumentando así el reto de distinguir verdadero trabajo de parto (contracciones que resultan en cambio cervical) de falso trabajo de parto (contracciones que no resultan en cambio cervical). El aumento de la frecuencia de las contracciones sugiere cierto trabajo; sin embargo, la frecuencia de las

contracciones puede aumentar transitoriamente y aumenta con la edad gestacional, el número de fetos, y por la noche. (Villanueva, 2011)

Gracias al avance de la tecnología sobre todo de las unidades de cuidados neonatales, la supervivencia de los prematuros fue mayor y pronto se mostró cómo los riesgos de parálisis cerebral, ceguera, retraso mental y sordera estaban aumentados en los niños pretérminos cuando se comparaban con los niños nacidos a término. Recientemente, cuando se ha extendido el seguimiento de los niños muy pretérminos a lo largo de la edad escolar, se ha mostrado cómo incluso los niños que a los dos años se habían evaluado como niños normales, sin ningún tipo de limitación, presentaban peor rendimiento escolar por dificultades en el aprendizaje, problemas de atención, de coordinación visomotora, problemas emocionales y de integración social. (Williams 2008)

Hay muchas causas relacionadas con los nacimientos prematuros. A pesar de ello, la naturaleza de la relación entre las causas y el nacimiento prematuro no están claras. El parto es un proceso complejo que involucra muchos factores. Se han identificado cuatro diferentes vías que pueden resultar en el nacimiento prematuro y tienen considerable evidencia: activación endocrina fetal precoz, sobre distensión uterina, hemorragia decidual intrauterina y la inflamación o infección. La activación de una o más de estas vías puede haber ocurrido gradualmente a lo largo de semanas, incluso meses. En la práctica una serie de factores han sido identificados que se asocian con un nacimiento pretérmino, sin embargo, una asociación no establece causalidad. (Williams 2008)

Si bien es cierto que el parto y nacimiento pretérmino pueden producirse en cualquier embarazo, también es cierto que algunas mujeres son más propensas que otras, acorde a los factores de riesgo.

Un factor de riesgo se define como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, en este caso en las mujeres que aumentan su probabilidad de tener un parto pretérmino. (OMS 2007)

Entre los factores de riesgo se citan los siguientes: Antecedentes personales de nacimiento prematuro, que se ubica como el principal factor de riesgo del parto pretérmino espontáneo; madres adolescentes. Quienes tienen mayor riesgo de nacimiento prematuro porque su desarrollo aún no está completado y su estado nutricional es, por lo general, más deficiente que el de las embarazadas de entre 20 y 35 años; intervalo intergenésico corto, es otro factor que incrementa el riesgo de parto prematuro, siendo que el periodo entre embarazos recomendado es de entre 18 y 24 meses; embarazo múltiple, es otro factor de riesgo, se estima que una gestación de gemelos, trillizos o más bebés multiplica por diez el riesgo de nacimiento antes de las 37 semanas; las infecciones uterina, vaginal y urinaria de la gestante son una de las principales causas de partos prematuros. Pueden afectar a las membranas, provocar su rotura y, con ello, el comienzo del parto o desencadenar las contracciones que lo preceden; el estrés, producto de la ansiedad o vivencias traumáticas durante el embarazo, contribuye a incrementar el riesgo de nacimiento antes de la semana 37 (Williams 2008)

Los factores de riesgo maternos son aquellos eventos y trastornos en la madre que pueden contribuir a un parto prematuro. Un bajo nivel socioeconómico o el nivel de educación, así como el ser madre soltera y el tener una edad en el extremo superior e inferior de los años reproductivos, ya sea más de 35 o inferior a 18 años (Mc Graw Hill. 2007)

En los Estados Unidos y el Reino Unido, las mujeres afroamericanas y afrocaribeñas tienen tasas de parto prematuro 15-18% más que la población

blanca. Esta discrepancia no se ve en comparación con inmigrantes asiáticas o hispanas y sigue siendo un hecho inexplicable (OMS 2007)

El intervalo entre embarazos hace una diferencia ya que las mujeres con un período de 6 meses o menor entre un embarazo y el siguiente tienen un aumento del doble en partos prematuros. Los estudios sobre el tipo de parto y la actividad física han dado resultados contradictorios, pero se considera que las condiciones estresantes, el trabajo laborioso, largas horas laborales tienen una probable asociación con la prematuridad. Los pacientes que han tenido abortos inducidos en el pasado han demostrado tener un mayor riesgo de nacimientos pretérminos sólo si la terminación se realizó quirúrgicamente, pero no por vías médicas (Blauin 1986)

La adecuada nutrición materna es importante, pues las mujeres con un bajo índice de masa corporal tienen un mayor riesgo de prematuridad. Además, las mujeres con un estado nutricional deficiente también pueden estar deficientes en vitaminas y minerales. Una nutrición adecuada es fundamental para el desarrollo del feto y una dieta baja en grasas saturadas y colesterol puede ayudar a reducir el riesgo de un parto prematuro. La obesidad no conlleva directamente a un nacimiento pretérmino, pero se asocia con la diabetes y la hipertensión arterial que son factores de riesgo por sí mismos. Las mujeres con antecedentes de partos prematuros están en mayor riesgo de recurrencia a un ritmo del 15-50% dependiendo del número de acontecimientos previos. En cierta medida, estas son madres que suelen tener condiciones subyacentes crónicas, es decir, malformación uterina, hipertensión o diabetes. El componente genético es un factor en la causalidad de nacimientos prematuros. Se ha demostrado un riesgo aumentado de prematuridad entre una generación y otra (Jauregui, Suarez 2007)

Los embarazos múltiples (mellizos, trillizos, etc.) son un factor importante asociado al nacimiento prematuro. Un estudio multicéntrico de la prematuridad encontró que el 54% de los gemelos nacieron prematuros frente a 9,6% de los partos simples (Jauregui, Suarez 2007)

Las condiciones de salud materna aumentan el riesgo de prematuridad y, a menudo, el parto ha de ser inducido por razones médicas, tales condiciones incluyen la presión arterial alta, la preeclampsia, la diabetes materna, el asma, la enfermedad de la glándula tiroides, y enfermedades del corazón (Bears, Myers 1995)

Hay una serie de trastornos anatómicos en ciertas mujeres que evitan que el bebé llegue a término. Algunas mujeres tienen un débil o corto cuello uterino (el más fuerte predictor de un parto prematuro). Las mujeres con sangrado vaginal durante el embarazo tienen un riesgo mayor de partos prematuros. Si bien las hemorragias en el tercer trimestre pueden ser una señal de placenta previa o desprendimiento placentario - las cuales se producen frecuentemente de manera prematura - incluso el sangrado en meses iniciales no causado por estos dos trastornos se vincula a una mayor tasa de prematuridad (Bears, Myers 1995)

Las infecciones, entre ellas las urinarias, vaginosis bacteriana y corioamnionitis, son factores de riesgo considerables.

La corioamnionitis complica los embarazos con un aumento de 5-10 veces la incidencia del parto pretérmino. Los organismos que se han relacionado con la corioamnionitis histológica incluyen: Ureaplasma Urealyticum, Micoplasma Hominis, Gardnerella Vaginales, Peptoestreptococo y Bacteroides. La literatura muestra que la corioamnionitis clínica y subclínica es la causa de más del 30% del total de los casos de trabajo de parto pretérmino. En la corioamnionitis los gérmenes pueden colonizar el útero a través de la

vía ascendente, por la vía hematógica o linfática y por las trompas uterinas. Dentro de la serie de eventos que suceden para que la infección corioamniótica inicie el trabajo de parto pretérmino está la respuesta del huésped a la infección, que sumados a otros eventos favorecen el inicio de las contracciones (Rosales S, 2010)

Las estrategias empleadas para prevenir y tratar al parto prematuro son amplias y van desde los cuidados preconcepcionales, hasta la atención del parto y del neonato en el periodo postnatal de tal manera que esta problemática se clasifica de acuerdo a la edad gestacional del recién nacido prematuro y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional, estos son prematuros tardíos (34 a 36 semanas 6 días), prematuros moderados (32 a 33 semanas 6 días), muy prematuros (28 a 31 semanas 6 días) y prematuros extremos (menor o igual a 27 semanas 6 días). Es posible que los bebés prematuros tardíos que nacen entre las semanas 35 y 37 de gestación no luzcan prematuros. Posiblemente no se los ingrese en una unidad de cuidados intensivos, pero aun así están en riesgo de más problemas que los bebés a término y de acuerdo con su etiología son los problemas de salud que presenta su madre como: edad, abortos previos, diabetes, cardiopatía y nefropatía pueden contribuir a las contracciones prematuras. Los embarazos múltiples, como es el caso con gemelos o trillizos, representan el 15% de todos los nacimientos prematuros (MINSA 2007)

El bebé prematuro está expuesto a innumerables problemas sistémicos, pues puede tener dificultades para respirar y mantener una temperatura corporal constante, anemia, sangrado en el cerebro o daño a la sustancia blanca, infección o sepsis neonatal, hipoglucemia, síndrome de dificultad respiratoria neonatal, aire extra en el tejido pulmonar (enfisema intersticial pulmonar) o sangrado en los pulmones (hemorragia pulmonar), ictericia del recién nacido, vello corporal (lanugo), problemas para respirar debido a los pulmones

inmaduros, neumonía o conducto arterial persistente, inflamación intestinal grave (Potter, Perry 2003)

Los órganos de un bebé prematuro no están completamente desarrollados. El bebé necesita cuidado especial en una sala de recién nacidos hasta que los órganos se hayan desarrollado lo suficiente para mantenerse vivo. Esto puede tardar de semanas a meses dependiendo de su edad. Los bebés usualmente no pueden coordinar la succión y la deglución antes de la semana 34 de gestación. Un bebé prematuro puede tener una pequeña sonda suave de alimentación puesta a través de la nariz o la boca hasta el estómago. En los bebés muy prematuros o enfermos, la alimentación se puede suministrar a través de una vena hasta que el bebé esté lo suficientemente estable como para recibir toda la nutrición. Si el recién nacido prematuro tiene problemas respiratorios se le puede colocar una sonda en la tráquea, una máquina llamada respirador le ayudará a respirar. Algunos recién nacido cuyos problemas respiratorios son menos graves reciben presión positiva continua en la vía aérea, con pequeñas sondas en la nariz en lugar de la tráquea o pueden recibir únicamente oxígeno extra (LATERRA, 2013)

Los recién nacidos prematuros muy pequeños pueden tener otros problemas que complican el tratamiento y requieren una hospitalización más prolongada; no obstante, el mejoramiento de las técnicas médicas y de asistencia a recién nacidos ha aumentado la supervivencia de bebés prematuros. Cuanto más prolongado sea el embarazo, mayor será la probabilidad de sobrevivir; y sus complicaciones aumentan mientras menor sea su edad gestacional o peso de nacimiento; es responsable del 75 % de la mortalidad neonatal; los que sobreviven, presentan complicaciones leves hasta enfermedades graves (UNICEF, 2017)

El 50% de las anormalidades neurológicas de la infancia por lo general, presentan múltiples problemas, no solo en el período perinatal, sino también en la niñez, la adolescencia y aún en la edad adulta, pues a menudo ocurren discapacidades neurológicas como: trastornos del lenguaje y del aprendizaje, alteraciones visuales y auditivas, retraso mental y parálisis cerebral, todo lo cual influye negativamente en su adaptación social. (UNICEF, 2017)

Ante esta situación se debe enfatizar el abordaje preventivo promocional para disminuir la prematuridad mediante medidas de prevención tanto de los profesionales de la salud como de la comunidad en general; recomendando estar con una buena salud antes del embarazo, una evolución clínica minuciosa desde el primer trimestre de gestación y evitar el consumo de sustancias tóxicas, reduce la posibilidad de un parto pretérmino posterior a esto es el uso de progesterona en pacientes que presentan riesgos de parto prematuro.

A enfermería como profesión le cabe una gran responsabilidad insertada dentro del Equipo de Salud mediante intervenciones desde el contexto preventivo promocional.

La promoción de la salud, como una política institucional está orientada a facilitar que las personas aumenten el control sobre su salud y los determinantes de la salud y como consecuencia mejoren su estado de salud, busca contribuir a la creación de condiciones que sustenten el bienestar sea a índole personal o colectivo.

Desde esta perspectiva, una teórica de enfermería que guía el presente trabajo es Nola Pender, quién identifica a la “Promoción de la salud” como el objetivo del siglo XXI, del mismo modo que la prevención de la enfermedad. Mediante su teoría las personas buscan crear condiciones de vida las cuales puedan expresar su propio potencial de salud humano, además las personas

tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida de valoración de sus propias competencias. Este modelo representa gran importancia para este estudio de investigación, pues mediante esta teoría se podrá proponer estrategias educativas orientadas a las usuarias, motivándolas a adoptar conductas dirigidas a mantener su salud y evitar o prevenir complicaciones tanto para ellas como para sus hijos (Marriner-Tomey,2001)

Otro modelo que sustenta el trabajo de investigación es la teoría del autocuidado dada por Dorothea E. Orem, quién define al ser humano y su entorno como un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas, sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de auto cuidado, pero también está influenciado por todos aquellos factores, que pueden influir en su salud. El auto cuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Esta teoría es de gran importancia para el presente trabajo de investigación, ya que permite a los profesionales de enfermería proponer a las madres de familia a que realicen su propio autocuidado siendo este capaz de cubrir sus necesidades de cuidado interviniendo diversos factores (Marriner-Tomey,2001)

Así mismo otra teoría que guía el presente estudio es la Teoría Transcultural definida por Madeleine Leininger quien defina el cuidado de enfermería en dualidad con la cultura. No todas las personas pueden recibir igual cuidado en todos los contextos, sino que el cuidado debe adecuarse a la cultura de cada pueblo, es decir a sus creencias, costumbres y paulatinamente lo que se considere negativo irse revirtiendo hacia lo positivo. (Marriner-Tomey,2001)

2.3. Definición de términos Básicos.

Parto Pretérmino: Nacimiento de un producto con edad gestacional comprendido entre las 22 y <37 semanas de gestación por inicio de la labor de parto con dinámica uterina, cambios morfológicos y dilatación del cuello uterino que no cede al manejo médico con hidratación y uso de tocolíticos.

Factor de riesgo: Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad, evento o lesión.

Factores de riesgo materno: Son aquellos eventos y trastornos en la gestante que, al estar presentes, antes (preconcepcionales) o durante (concepcionales) los embarazos pueden contribuir a un parto prematuro.

Factor de riesgo materno preconcepcional: Características o cualidades presentes en la gestante antes del embarazo que otorgan una mayor probabilidad de padecer una enfermedad, en forma específica que incrementa el riesgo de un parto pretérmino: Entre estos se citan: Edad materna adolescente, nivel económico bajo, antecedentes de amenaza de parto pretérmino, antecedentes de parto pretérmino, antecedentes maternos de aborto, antecedentes maternos de tabaquismo antecedentes maternos de alcoholismo, antecedentes maternos de infección urinaria pre-gestacional, entre otros.

Edad materna adolescente: Cuando la gestante es menor de 20 años

Antecedentes de parto pretérmino: Cuando ya ha ocurrido al menos un parto pretérmino.

Antecedentes maternos de aborto: Cuando ya ha ocurrido al menos un aborto.

Antecedentes maternos de infección urinaria pregestacional: Cuando se registra al menos en una oportunidad resultados de laboratorio positivos a infección urinaria pregestacional.

Factor de riesgo materno concepcional: Características o cualidades presentes en la gestante durante el embarazo que otorgan una mayor probabilidad de padecer una enfermedad, en forma específica que incrementa el riesgo de un parto pretérmino. Entre estos se citan: Control prenatal inadecuado, infección urinaria, bacteriuria asintomática, vaginosis bacteriana, corioamnionitis, entre otros.

Control prenatal inadecuado: Cuando los controles prenatales no superan los cuatro durante los primeros siete meses de gestación.

Infección urinaria: Cuando se registra resultados de laboratorio positivos a infección urinaria durante la gestación.

Vaginosis bacteriana: Es un trastorno frecuente de la flora vaginal en mujeres en edad reproductiva, caracterizado por presencia de secreción grisácea maloliente, incremento del ph vaginal y presencia de bacterias anaerobias. El diagnóstico de vaginosis bacteriana puede ser efectuado aplicando criterios clínicos (criterios de Amsel), o por evaluación de los morfotipos bacterianos presentes en el Gram de la secreción vaginal.

Corioamnionitis: Es una infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen; también se denomina infección ovular o amnionitis y puede ir acompañada de una ruptura prematura de membranas o con el saco amniótico completo.

2.4. Formulación de Hipótesis

H₁: Los factores de riesgo maternos preconcepcionales y concepcionales están asociados con el parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital de apoyo II-2 Sullana - Piura Julio - Diciembre 2016.

H₀: Los factores de riesgo maternos preconcepcionales y concepcionales no están asociados con el parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital de apoyo II-2 Sullana - Piura Julio – Diciembre 2016.

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO DE INVESTIGACION

Cuantitativa

Diseño de investigación

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información:
Retrospectivo

Según el periodo y secuencia del estudio: Transversal

Según análisis y alcance de los resultados: Analítico de Casos y Controles

Según la participación del investigador: Observacional

3.2. Población y muestra

Población:

Para Casos: Todos los nacidos pretérminos en el servicio de obstetricia del Hospital de apoyo II - 2 Sullana - Piura Julio - Diciembre 2016

Para Controles: Todos los nacidos a término en el servicio de obstetricia del Hospital de apoyo II - 2 Sullana - Piura Julio- Diciembre 2016

Muestra:

Para efectos del presente estudio, se ha estimado una muestra de 90 elementos para casos y 90 para controles, tomando en cuenta la fórmula clásica de Freeman: $[n = 10 * (k + 1)]$ o lo que es lo mismo, en términos generales, el tamaño de muestra ha de ser unas diez veces el número de variables independientes a estimar más uno. Freeman estima un total de diez elementos muestrales por cada variable a evaluar. Si una variable dicotómica (en especial

si es la variable respuesta) no tiene al menos 10 casos en cada uno de sus valores posibles las estimaciones no son fiables.

Criterio de Selección

Criterios de Inclusión

Caso:

Gestante con diagnóstico de parto pretérmino entre 22 y menor de 37 semanas de gestación, documentado en la historia clínica durante el año 2016.

Gestante con diagnóstico de parto pretérmino, con edad mayor de 14 años atendida durante el año 2016.

Control:

Gestante con gestación normal, documentado en la historia clínica, atendida en el mismo periodo de atención que la gestante, caso.

Gestante con gestación normal, con edad mayor de 14 años atendida durante el año 2016.

Criterios de Exclusión

Caso:

Gestante con parto pretérmino con pérdida de historia clínica.

Gestante con comorbilidades sistémicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica terminal, neoplasias, tuberculosis, etc.)

Gestantes con óbito fetal, malformaciones congénitas incompatibles con la vida, aborto terapéutico, amenaza de parto pretérmino, etc.

Control:

Gestantes con historia clínica incompleta.

Gestante con complicaciones obstétricas luego de las 37 semanas de gestación, gestantes con comorbilidades sistémicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, collagenopatías)

Gestantes con antecedentes de cesárea, gestación múltiple, fertilización in vitro, etc.

3.3. Variables

Factor de riesgo materno preconcepcional:

Edad materna adolescente:

Antecedentes de parto pretérmino:

Antecedentes maternos de aborto:

Antecedentes maternos de infección urinaria pregestacional

Factor de riesgo materno concepcionales.

Control prenatal inadecuado

Infección urinaria

Vaginosis bacteriana

Corioamnionitis

3.4. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	CRITERIO DE MEDICIÓN
Parto Pretérmino	Parto que se produce después de la semana 22 y antes de la semana 37 del embarazo	Adimensional	Acorde a la semana gestacional	Nominal	Si pretérmino No pretérmino
Factores de riesgo maternos	Para el presente estudio se definen como aquellos eventos o trastornos que estuvieron presentes antes de la concepción y durante la concepción	Factores de riesgo maternos preconcepcionales	Edad Materna adolescente	Nominal dicotómica	Si No
			Antecedente de amenaza de parto pretérmino	Nominal dicotómica	Si No
			Antecedentes maternos de aborto	Nominal dicotómica	Si No
			Antecedentes maternos de ITU pregestacional	Nominal dicotómica	Si No
		Factores de riesgo maternos concepcionales	Control prenatal inadecuado	Nominal dicotómica	Si No
			Infección urinaria	Nominal dicotómica	Si No
			Vaginosis bacteriana	Nominal dicotómica	Si No
			Corioamnionitis	Nominal dicotómica	Si No

3.5. Técnicas e Instrumento de recolección de datos.

La técnica por utilizar será el Análisis Documentario, se revisará la historia clínica de cada gestante que participe en el estudio y la revisión bibliográfica, se utilizará como instrumento la ficha técnica de recolección de datos elaborado por el autor del estudio que incluye las variables del estudio ya validado para su confiabilidad.

Se utilizará como instrumento la ficha técnica de recolección de datos elaborado por el autor del estudio que incluye las variables del estudio

El instrumento ha sido sometido a validación por expertos, haciendo uso del Coeficiente de Proporción de Rango, y la confiabilidad por el alfa de Crombach aceptables, con una consistencia interna de 0.82. Considerando que el valor promedio aceptable es mayor a 0,70, se aceptó la Ficha como válida y confiable

3.6. Procedimiento de análisis e interpretación de datos

Para el análisis de los factores de riesgo maternos se realizará un análisis bivariado con el ODDS RATIO (OR) e intervalo de confianza al 95% (IC95%) de cada factor de riesgo, así como las medidas de tendencia central

Los datos una vez recolectados, serán procesados con el paquete estadístico SPSS. Se vaciará la información en las tablas y gráficos y/o figuras con distribución porcentual de las variables categóricas y se obtendrán las medidas estadísticas (media y desviación estándar).

Para el análisis de los factores de riesgo maternos se realizará un análisis bivariado con el ODDS RATIO (OR) e intervalo de confianza al 95% (IC95%) de cada factor de riesgo a partir de una tabla de doble

entrada. Si OR e intervalo de confianza del 95% (IC95%) > 1 se concluirá como Factor de riesgo y si OR e IC95% < 1 se concluirá como Factor protector de la entidad.

Se realizará el análisis multivariado (regresión logística binaria) para evaluar la contribución de los factores que fueran significativos en el análisis univariado-bivariado para lo cual se obtendrá el OR ajustado.

3.7. Aspectos éticos

Durante el desarrollo del presente trabajo de investigación se mantendrá una conducta ética con la información recolectada de las historias clínicas. En todo momento se respetará los principios fundamentales:

Principio de Beneficencia

Define el derecho de toda persona de vivir de acuerdo con su propia concepción de la vida buena, a sus ideales de perfección y felicidad. Además, con los resultados permitirá al Hospital Sullana II-2 reconocer las necesidades e implementar medidas por nacimientos pretérminos.

Principio de Autonomía:

Define el derecho de toda persona a decidir por sí misma en todas las materias que la afecten de una u otra manera, con conocimiento de causa y sin coacción de ningún tipo.

En el presente trabajo, este principio se desarrollará mediante la reservación de la información obtenida de las historias clínicas ya que se respetará la privacidad de los prematuros que participaran en el estudio y en ese sentido, de participar en la investigación.

Principio de Justicia:

Define el derecho de toda persona a no ser discriminada por consideraciones culturales, ideológicas, políticas, sociales o económicas. Al realizar la investigación, se cumplirá ya que los recursos humanos como materiales que se requieren van a correr por cuenta del investigador.

Principio de No Maleficencia:

Define el derecho de toda persona a no ser discriminada por consideraciones biológicas, tales como raza, edad, situación de salud, etc. Asumiendo un compromiso, él investigador, de no alterar la información recopilada en las historias clínicas, actuando con responsabilidad y veracidad, estableciendo la confidencialidad, la cual será preservada durante toda la investigación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

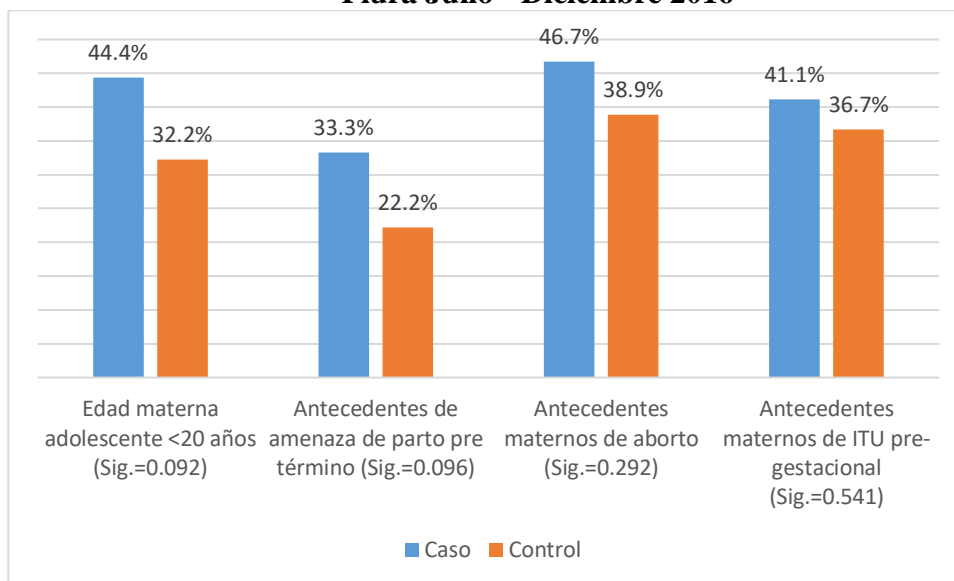
4.1. Descripción de resultados

Tabla 01: Factores de riesgo maternos preconceptionales asociados al parto pretérmino en el en el servicio de obstetricia del Hospital de Apoyo II - 2 Sullana – Piura Julio - Diciembre 2016

Factores Preconceptionales		Caso		Control	
		Nº	%	Nº	%
Edad materna adolescente <20 años (Sig.=0.092)	Si	40	44.4%	29	32.2%
	No	50	55.6%	61	67.8%
	Total	90	100.0%	90	100.0%
Antecedentes de amenaza de parto pretérmino (Sig.=0.096)	Si	30	33.3%	20	22.2%
	No	60	66.7%	70	77.8%
	Total	90	100.0%	90	100.0%
Antecedentes maternos de aborto (Sig =0.292)	Si	42	46.7%	35	38.9%
	No	48	53.3%	55	61.1%
	Total	90	100.0%	90	100.0%
Antecedentes maternos de ITU pregestacional (Sig.=0.541)	Si	37	41.1%	33	36.7%
	No	53	58.9%	57	63.3%
	Total	90	100.0%	90	100.0%

Fuente: Ficha técnica de recolección de datos

Gráfico 01 Factores de riesgo maternos preconceptionales asociados al parto pretérmino. Servicio de obstetricia del Hospital de Apoyo II - 2 Sullana – Piura Julio - Diciembre 2016



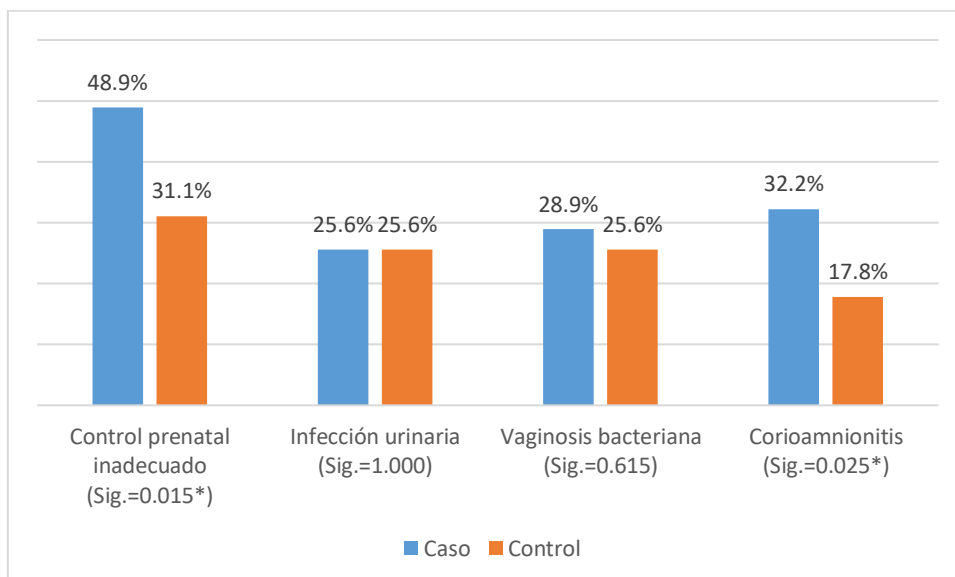
Fuente: Tabla 1

Tabla 02: Factores de riesgo maternos concepcionales asociados al parto pretérmino en el en el servicio de obstétrica del Hospital de Apoyo II - 2 Sullana – Piura Julio – Diciembre 2016.

Factores concepcionales		Caso		Control	
		Nº	%	Nº	%
Control prenatal inadecuado (Sig.=0.015*)	Si	44	48.9%	28	31.1%
	No	46	51.1%	62	68.9%
	Total	90	100.0%	90	100.0%
Infección urinaria (Sig.=1.000)	Si	23	25.6%	23	25.6%
	No	67	74.4%	67	74.4%
	Total	90	100.0%	90	100.0%
Vaginosis bacteriana (Sig.=0.615)	Si	26	28.9%	23	25.6%
	No	64	71.1%	67	74.4%
	Total	90	100.0%	90	100.0%
Corioamnionitis (Sig.=0.025*)	Si	29	32.2%	16	17.8%
	No	61	67.8%	74	82.2%
	Total	90	100.0%	90	100.0%

Fuente: Ficha técnica de recolección de datos

Gráfico 02: Factores de riesgo maternos concepcionales asociados al parto pretérmino. Servicio de obstétrica del Hospital de Apoyo II - 2 Sullana – Piura Julio – Diciembre 2016



. Fuente: Tabla 2

Tabla 03: Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital de Apoyo II - 2 Sullana - Piura Julio - Diciembre 2016, confirmados mediante la regresión logística.

Variables	B	E.T.	Wald	Gl	Sig.	OR=	I.C. 95.0% para	
						Exp(B)	EXP(B)	
							Inferior	Superior
Control prenatal inadecuado	.701	.314	4.976	1	.026	2.017	1.089	3.735
Corioamnionitis	.727	.362	4.036	1	.045	2.068	1.018	4.202
Constante	-1.700	.398	18.287	1	.000	.183		

Fuente: Ficha técnica de recolección de datos

4.2. Análisis de los Resultados

Respecto a los factores preconcepcionales, se tiene:

Tal como se aprecia en la tabla, y grafico 01, los resultados, en cuanto a edad, dejan en evidencia que, en las pacientes con diagnóstico de parto pretérmino, el 44.4% tenían una edad inferior a los 20 años, mientras que la cifra correspondiente a las que tienen una gestación normal es de 32.2%; sin embargo, la prueba estadística indica que dichas cifras no difieren significativamente (Sig. >0.05).

En cuanto a antecedentes de amenaza de parto pretérmino, también se presentan un poco más en las pacientes con diagnóstico de parto pretérmino, según se observa en el 33.3%, comparado con el 22.2% de las gestantes con un diagnóstico normal.

Al analizar los antecedentes maternos de aborto, los resultados reflejan un mayor predominio (46.7%) en pacientes diagnosticadas como parto pretérmino, cifra un poco más alta que la correspondiente a las gestantes normales, que suma 38.9%. Dichas cifras no presentan diferencias significativas (Sig. >0.05) según la prueba estadística.

En relación con los antecedentes maternos de ITU pregestacional, estos están presentes en el 41.1% de gestantes con diagnóstico de parto pretérmino y en el 36.7% de gestantes consideradas normales.

Respecto a los factores concepcionales, se tiene:

Los resultados de la tabla y grafico 02, indican que la cifra de pacientes con diagnóstico de parto pretérmino que tienen un control prenatal inadecuado es de 48.9%, cifra significativamente más alta que la correspondiente a las pacientes con gestación normal, que suma 31.1%. La prueba estadística en este caso, indica que dichas cifras difieren de manera significativa (Sig. <0.05).

La infección urinaria, refleja estar presente en el 25.6% de gestantes con diagnóstico de parto pretérmino y en las gestantes normales; como es evidente, no hay diferencias entre dichas cifras (Sig. >0.05).

La vaginosis bacteriana se presentó en el 28.9% de pacientes con diagnóstico de parto pretérmino y en el 25.6% de pacientes normales. según la prueba estadística, no difieren en forma significativa (Sig. >0.05).

La corioamnionitis, se presentó en el 32.2% de pacientes con diagnóstico de parto pretérmino y en el 17.8% de pacientes con diagnóstico de parto normal; dichas cifras difieren en forma significativa (Sig. <0.05).

En cuanto a factores de riesgo asociados al parto pretérmino

Los resultados de la regresión logística confirman que el control prenatal inadecuado y la corioamnionitis, se relacionan en forma significativa (Sig. <0.05) con el parto pretérmino. Convirtiéndose en factores de riesgo conceptuales, para dicho parto el control prenatal inadecuado tiene un OR=2.02 (IC: 1.09, 3.74), En el caso de la Corioamnionitis, el OR= 2.07 (IC: 1.09, 4.2).

CAPITULO V: DISCUSION DE LOS RESULTADOS

El parto pretérmino (PP) tiene tasas de prevalencia diferenciales secundarios a la complejidad del centro de salud y a las características de la población estudiada, la Organización Mundial de la Salud señala que a nivel mundial tiene una tasa entre el 5 y 10%. Es responsable del 27 al 30% de la mortalidad neonatal con una relación inversamente proporcional entre la edad gestacional y la mortalidad, correspondiéndose una mayor tasa de morbilidad perinatal a menor edad gestacional. (OMS, 2008)

Actualmente, la sobrevida de estos neonatos se ha incrementado notablemente por el avance tecnológico, lográndose verdaderos milagros de la medicina en las unidades de cuidados intensivos neonatales. A pesar de ello, la morbilidad se ha incrementado a corto y largo plazo, las cuales son peores para el recién nacido con menor edad gestacional, ya que presentan inmadurez del sistema de coagulación que favorece la hemorragia intraventricular y un sistema periventricular frágil que impide la regulación y adaptación del riego sanguíneo en situaciones de hipoxia, siendo menos susceptibles a una redistribución sanguínea cerebral como respuesta a una posible hipoxia intraparto (OMS, 2008).

Actualmente se reconoce que su etiopatogenia es multifactorial, estando involucrados factores de riesgo dependientes tanto de la madre, el feto y el medio ambiente; es desde esta perspectiva que se desarrolló el presente estudio retrospectivo de casos y controles, con el objetivo de determinar los factores de riesgo maternos preconcepcionales y concepcionales asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital de Sullana, y cuyos hallazgos más importantes se detallan a continuación acorde a los objetivos propuestos.

Para el primer objetivo específico: Determinar los factores maternos preconcepcionales asociados a la prematuridad, se tiene la tabla y grafico 1, donde a través del análisis bivariado se encontró que en cuanto al factor edad, la prueba estadística indica que dichas cifras no difieren significativamente (Sig. >0.05), por lo que se descarta que dicha edad sea potencial factor de riesgo para el parto pretérmino.

Si bien la literatura ubica a la edad en el extremo superior e inferior de los años reproductivos, ya sea más de 35 o inferior a 18 años, como factor de riesgo para un parto pretérmino, los resultados del presente estudio no han encontrado asociación entre ambas variables, siendo similares a los encontrados por Mendoza L, en Colombia, Balladares F en Ecuador, y Guillen G, Hinostroza B, K y Cruz T. en Lima, donde la edad materna adolescente no se determinó como factor de riesgo asociado al parto pretérmino.

En cuanto a antecedentes de amenaza de parto pretérmino, antecedentes maternos de aborto y antecedentes maternos de ITU pregestacional para el presente estudio, tampoco hay evidencias de que dichos antecedentes sean potenciales factores de riesgo para el parto pretérmino. Las cifras en ambos grupos no presentan diferencias significativas (Sig. >0.05).; sin embargo, los presentes resultados difieren con los encontrados por Cruz T. en Lima, donde concluye que los factores de riesgo maternos pregestacionales significativos fueron: antecedentes de parto pretérmino y antecedentes maternos de infección urinaria pregestacional, entre otros

Para el segundo objetivo específico: Determinar los factores maternos concepcionales asociados a la prematuridad, se tiene la tabla y grafico 2, donde a través el análisis bivariado se aprecia que el control prenatal inadecuado se constituye en un factor de riesgo asociado al parto pretérmino. La prueba estadística en este caso, indica que las cifras en ambos grupos difieren de manera significativa (Sig. <0.05).

El control prenatal se define como el conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional. El control prenatal es un componente de la atención materna que comprende un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud, según el riesgo identificado, a fin de preservar la salud de la mujer durante su gestación, ubicándola en el nivel de atención que

le corresponda, para que el parto se realice sin complicaciones y termine felizmente con un recién nacido vivo, normal y a término (Fernandez P, 2012)

Cuando el control prenatal no se realiza adecuadamente, se constituye un importante factor de riesgo para el ámbito de estudio. Los resultados encontrados son similares a los encontrados por Mendoza L, en Colombia, Cruz T. en Lima, y Carpio F, en Lambayeque donde el control prenatal inadecuado se determinó como factor de riesgo asociado al parto pretérmino.

Los resultados respecto a los factores de riesgo: infección urinaria, y vaginosis bacteriana, en el presente estudio no difieren en forma significativa (Sig. >0.05), sin embargo, difieren con los presentados por Mendoza L, en Colombia, Quiñónez Z, L y Balladares F, en Ecuador; Cruz T. en Lima, y Carpio F, en Lambayeque, donde se determinó que ambos factores estuvieron asociados al parto pretérmino.

La corioamnionitis, se presentó en el 32.2% de pacientes con diagnóstico de parto pretérmino y en el 17.8% de pacientes con diagnóstico de parto normal; dichas cifras difieren en forma significativa (Sig. <0.05), lo que deja en evidencia que dicho factor se convierte en otro de los factores de riesgo para el parto pretérmino.

La corioamnionitis complica los embarazos con un aumento de 5-10 veces la incidencia del parto pretérmino. La literatura muestra que la corioamnionitis clínica y subclínica es la causa de más del 30% del total de los casos de trabajo de parto pretérmino.

En la corioamnionitis los gérmenes pueden colonizar el útero a través de la vía ascendente, por la vía hematógena o linfática y por las trompas uterinas. Dentro de la serie de eventos que suceden para que la infección corioamniótica inicie el trabajo de parto pretérmino está la respuesta del huésped a la infección, que, sumado a otros mecanismos de acción, favorecen el inicio de las contracciones.

Los presentes resultados concuerdan respecto a este factor con los resultados presentados por Guillen G, quien concluye que entre los factores maternos de

características infecciosas asociados con parto pretérmino se ubica la corioamnionitis.

Para el objetivo general: Determinar los factores de riesgo maternos asociados con el parto pretérmino, se tiene la tabla 3.

Dado que los estudios de caso-control pueden llevar a errores por la introducción de factores confusores y potenciación de factores, fue necesario realizar un análisis de regresión logística para evaluar en forma independiente los factores de riesgo que en el análisis bivariado fueron significativos.

Los resultados confirman que el control prenatal inadecuado y la corioamnionitis, se relacionan en forma significativa (Sig. <0.05) con el parto pre término, convirtiéndose en factores de riesgo conceptuales, para dicho parto; el control prenatal inadecuado tiene un OR=2.02 (IC: 1.09, 3.74), lo que indica que las pacientes con control prenatal inadecuado tienen aproximadamente dos veces más posibilidades de tener parto pre término, en comparación a las pacientes que realizan sus controles en forma adecuada. En el caso de la Corioamnionitis, el OR= 2.07 (IC: 1.09, 4.2), deja en evidencia que las pacientes que presentan este factor también tienen aproximadamente dos veces más posibilidades de presentar parto pretérmino, en comparación a las madres que no tienen dicho factor.

Los factores de riesgo pre conceptuales, y dos de los factores de riesgo conceptuales como la infección urinaria y la vaginosis bacteriana no fueron confirmados por la presente investigación. Se acepta la hipótesis de investigación parcialmente en dos de los factores conceptuales: Control prenatal inadecuado y corioamnionitis, como factores asociados al parto pretérmino.

Los resultados encontrados dan clara cuenta de un factor clave como lo es el control prenatal, donde todo el equipo de salud, y con mayor énfasis los profesionales de enfermería deben intervenir enfáticamente en el contexto preventivo promocional, promover y fomentar el control de la gestante que no solo redundara en la prevención del parto prematuro sino en general evitar la mortalidad materna y perinatal, entre otros.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES

1. La investigación demostró la existencia de factores de riesgo maternos para parto pretérmino con significancia estadística en las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo II - 2 Sullana - Piura.
2. Los factores de riesgo maternos pregestacionales no significativos para nuestra serie fueron: edad materna adolescente, antecedentes de amenaza de parto pretérmino, antecedentes maternos de aborto y antecedentes maternos de infección urinaria pregestacional
3. Los factores de riesgo maternos gestacionales significativos para nuestra serie fueron: control prenatal inadecuado y corioamnionitis
4. El análisis de regresión logística binaria permitió reafirmar los dos factores de riesgo independientes para parto pretérmino en el Hospital de Apoyo II- 2 Sullana - Piura: Control prenatal inadecuado y Corioamnionitis.

CAPITULO VII: RECOMENDACIONES

1. Difundir y sensibilizar a los profesionales de la salud y las gestantes de riesgo para parto pretérmino a fin de reconocer la presencia de los factores de riesgo en nuestra población a través de programas de capacitación, charlas informativas, etc.
2. Diseñar e implementar estrategias preventivo-promocionales de la salud materna para reducir las tasas de control prenatal inadecuado, y la identificación y tratamiento de las infecciones como la corioamnionitis, principales factores de riesgo hallados por el estudio.
3. Mejorar la calidad de las historias clínicas, dado que se dificulta recoger la información exacta por la ilegibilidad de las notas médicas.
4. Continuar en esta línea de investigación con estudios analíticos prospectivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIBROS

1. Blauin C, B. El libro de la Salud: Enciclopedia Medica Familiar. Instituto Paramon Ediciones SA Barcelona 1986
2. Bears, Myers El Tratado de Enfermería Mosby. Vol. 4. Editorial Harcourt Brace. 3° Edición
3. Bears, Myers. Manual de Problemas esenciales de Enfermería. Mosby Doyma Libros SA – 2° edición 1995
4. Graham Rumbold. Ética en Enfermería 3° edición. 2000. Editorial Mc Graw Hill
5. Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido: guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud 2007.
6. Hernández S, Fernandez C, Baptista Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill.
7. Instituto de Investigación y Promoción para el Desarrollo. Universidad Nacional de Piura. Resumen de Investigaciones docentes 2008-2012-1° edición 2013
8. Jauregui, Suarez. Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad. Enfoque de Salud Familiar. (2007) 2° Edición. Editorial Medica Panamericana
9. MERCK SHARP. Manual MERCK de Información Médica General. 2005Editorial Océano. Cap. 244.pp 1179
10. Manual de Enfermería Lexus Editores. Barcelona 2003
11. Mc Graw Hill. Manual CTO de Enfermería. 4° edición. Ed. Interamericana. Tomo II. 2007.
12. Pita Fernandez VACM. [Determinación de factores de riesgo].; 2002.
13. Organización Mundial de la Salud Epidemiología Básica. Publicación Científica N° 551. 2003
14. Organización Panamericana de la Salud. Kroegger A, Luna R. Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos 2° Edición. Editorial Pax México 1996
15. Potter, Perry. Fundamentos de Enfermería. Teoría y Práctica Editorial Harcourt Brace. 3° Edición
16. Williams Manual de obstetricia. Complicaciones en el embarazo vigesimosegunda edición.2008. Editorial Mc Graw Hill
17. Marriner-Tomey, A; Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Mosby, 2001 (3ª ed.).

TESIS

18. Calle Niño AE. “Perfil epidemiológico del parto pretérmino hospital Minsa apoyo II – 2 Sullana, Setiembre 2010 – febrero 2011” tesis para

obtener el título de médico cirujano Universidad Nacional de Piura Facultad de Medicina Humana.

19. Cruz T, MC Factores de Riesgo maternos preconcepcionales y concepcionales del parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital Santa Rosa, 2014. tesis para optar el título profesional de médico cirujano Universidad san Marcos
20. Guillen Montero LA. Parto pretérmino factores de riesgo hospital Jorge Reátegui Delgado III- IPSS – PIURA 1990 tesis para optar el título de médico cirujano Universidad Nacional de Piura Facultad de Medicina Humana.
21. Guillén Guevara JJ. factores maternos asociados al parto pretérmino hospital nacional Alberto Sabogal Sologuren 2014 tesis para optar al título de especialista en ginecología y obstetricia universidad San Martin de Porres facultad de medicina sección de posgrado
22. Pacherez Ruesta LF. Valoración de la escala de creas: factores de riesgo en la predicción de parto pretérmino hospital regional “Cayetano Heredia “IPSS. Piura. Enero – diciembre 1993 tesis para obtener título de médico cirujano Universidad Nacional de Piura Facultad de Medicina Humana.
23. Toledo Campos Santos Eduardo “Factores asociados a infecciones urinarias y flujo vaginal en gestantes con amenaza de parto pretérmino del hospital de apoyo II Minsa – Sullana durante el año 2006” tesis para optar el título de médico cirujano Universidad Nacional de Piura Facultad de Medicina Humana.

WEBGRAFIA

24. Carpio F., Factores de Riesgo maternos asociados a la prematuridad Hospital Regional de Lambayeque. 2013. Disponible en URL: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013
25. Wilfredo V et. al. Factores de riesgo del parto pretérmino. Instituto materno perinatal. Ginecología y Obstetricia. Vol. 47(2); abril 2001.
26. San José Pérez Daisy Maritza, Mulet Buzón Bárbara Dianis, Rodríguez Nada Odalis, Legra García Madeline. Factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Dic [citado 2017 Mar 11] 37(4): 489-501. Disponible: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=arttext&pid=S013600X2011>
27. UNICEF El Nacimiento Prematuro es Ahora la Principal Causa de Muerte en niños pequeños. Disponible en URL: https://www.unicef.org/venezuela/spanish/Dia_Mundial_del_Nacimiento_Prematuro
28. Organización Mundial de la Salud (OMS) Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. Disponible en URL: <http://www.who.int/features/qa/pretermino>

ANEXOS

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha técnica de recolección de datos tesis código:

1. Caso () 2. Control (). Sexo fetal: 1. Masculino () 2. Femenino ()

Edad de la gestante: años cumplidos. Edad gestacional: semanas de gestación.

FACTORES DE RIESGO MATERNOS

1. FACTORES DE RIESGO MATERNOS PRECONCEPCIONALES

- | | | |
|--|--------|--------|
| • Edad materna adolescente | Si () | No () |
| • Antecedentes de amenaza de parto pretérmino | Si () | No () |
| • Antecedentes maternos de aborto | Si () | No () |
| • Antecedentes maternos de ITU pre-gestacional | Si () | No () |

2. FACTORES DE RIESGO MATERNOS CONCEPCIONALES

- Control prenatal inadecuado Si () No ()
- Infección urinaria Si () No ()
- Vaginosis bacteriana Si () No ()
- Corioamnionitis Si () No ()

APLICACIÓN DE MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

VALIDACIÓN JUICIO DE EXPERTOS

FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICA DEL HOSPITAL DE APOYO II - 2 SULLANA - PIURA JULIO - DICIEMBRE 2016

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INSTRUMENTO:

En la evaluación de cada ítem, utilice la siguiente escala:

RANGO	SIGNIFICADO
1	Descriptor no adecuado y debe ser eliminado
2	Descriptor adecuado, pero debe ser modificado
3	Descriptor adecuado

Los rangos de la escala propuesta deben ser utilizados teniendo en consideración los siguientes criterios:

- Vocabulario adecuado de acuerdo al nivel académico de los entrevistados.
- Claridad en la redacción.
- Cualquier sugerencia en las preguntas hacerlas llegar al investigador.

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO
(USANDO COEFICIENTE DE PROPORCIÓN DE RANGO)

Nº de Ítem	JUECES			nR _i	PR _i	CPR _i	P _E	CPR _{ic}
	1	2	3					
1	3	3	3	9	3	1,00000	0,03704	0,96296
2	3	3	3	9	3	1,00000	0,03704	0,96296
3	3	3	3	9	3	1,00000	0,03704	0,96296
4	3	3	3	9	3	1,00000	0,03704	0,96296
5	3	3	3	9	3	1,00000	0,03704	0,96296
6	2	3	3	8	2.66	0,88889	0,03704	0,85185
7	3	2	3	8	2.66	0,88889	0,03704	0,85185
8	3	3	3	9	3	1,00000	0,03704	0,96296
9	3	3	3	9	3	1,00000	0,03704	0,96296
10	3	3	3	9	3	1,00000	0,03704	0,96296
							CPR_t	,96491
							CPR_{tc}	0,92787

Coeficiente de proporción de rango: **CPR_t = 0.96491**

Coeficiente de proporción de rango corregido: **CPR_{tc} = 0.92787**

Se valida el cuestionario en mención.

ALFA DE CROMBACH

Reliability Statistics

Crombach's Alpha	N of items
,820	10

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL PARTO PRETERMINO EN EL SERVICIO DE OBSTÉTRICA
DEL HOSPITAL DE APÓYO II - 2 SULLANA - PIURA JULIO - DICIEMBRE 2016

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	DISEÑO METODOLOGICO
¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APÓYO II – 2 SULLANA- PIURA JULIO – DICIEMBRE 2016?	<p>GENERAL:</p> <p>Determinar los Factores de riesgo maternos asociados al parto pretérmino en el servicio de obstétrica del Hospital de Apoyo II -2 Sullana – Piura Julio - Diciembre 2016.</p> <p>ESPECIFICOS:</p> <p>Identificar los Factores de riesgo maternos preconcepcionales asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital de</p>	<p>GENERAL</p> <p>H₀: Los Factores de riesgo maternos no están asociados al parto pretérmino</p> <p>H₁: Los Factores de riesgo maternos están asociados con el parto pretérmino.</p>	<p>Dependiente</p> <ul style="list-style-type: none"> PARTO PRETÉRMINO <p>Independiente</p> <p>FACTORES DE RIESGO MATERNOS PRECONCEPCIONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> Edad materna Antecedentes de amenaza de parto pretérmino Antecedentes de parto pretérmino Antecedentes maternos de aborto 	<p>Tipo de Investigación:</p> <p>Investigación cuantitativa, analítica de casos y controles.</p> <p>Diseño de Investigación</p> <p>Observacional Transversal- Retrospectiva</p> <p>Técnica e instrumento de recolección de datos.</p> <p>Técnica: La técnica a utilizar será el Análisis Documentario.</p> <p>Instrumento: Se utilizará como instrumento una ficha técnica</p> <p>Población y Muestra</p> <p>Población: Estará conformada por todas las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo II - 2 Sullana durante el año 2016 con parto de producto con edad gestacional entre las 22 y <37 semanas (casos) y aquellas gestantes con parto de producto</p>

	<p>Apoyo II-2 Sullana - Piura Julio- Diciembre 2016</p> <p>Identificar los Factores de riesgo maternos conceptuales asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital de Apoyo II-2 Sullana - Piura Julio - Diciembre 2016</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes maternos de infección urinaria pregestacional <p>FACTORES DE RIESGO MATERNOS CONCEPCIONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control prenatal inadecuado • Infección urinaria • Vaginosis bacteriana • Corioamnionitis 	<p>con 37 y más (controles), cuya información estará documentada en una Base de Datos</p> <p>Muestra: Para efectos del presente estudio, se ha estimado una muestra de 90 elementos para casos y 90 para controles, tomando en cuenta la fórmula clásica de Freeman: $[n = 10 * (k + 1)]$ o lo que es lo mismo, en términos generales, el tamaño de muestra ha de ser unas diez veces el número de variables independientes a estimar más uno</p> <p>PLAN DE ANALISIS</p> <p>Para el análisis de los factores de riesgo maternos se realizará un análisis bivariado con el ODDS RATIO (OR) e intervalo de confianza al 95% (IC95%) de cada factor de riesgo. Se realizará el análisis multivariado (regresión logística binaria) para evaluar la contribución de los factores que fueran significativos en el análisis univariado-bivariado para lo cual se obtendrá el OR ajustado</p>
--	---	--	--	---